

INDIVIDUALNI PRISTOP V ZDRAVSTVENI NEGI DEMENTNEGA VAROVANCA V OKVIRU ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI

INDIVIDUAL APPROACH IN NURSING CARE OF A PATIENT WITH A DEMENTIA
IN FRAMES OF LIFE ACTIVITIES

Stanka Majerle

UDK/UDC 616.851.7-083

DESKRIPTORJI: *demenca-nega; dnevne aktivnosti*

DESCRIPTORS: *dementia-nursing; activities of daily living*

Izvelek – Prispevek nas seznani z definicijo bolezni demence, kot jo opisuje 10. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni. Predstavljeni so najpogostejši simptomi bolezni demence, razvrščeni v stadije, ki nakazujejo problematiko, s katero se medicinske sestre srečujemo pri delu z dementnim bolnikom. Opisane so tudi najpogosteje prizadete življenjske aktivnosti: prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje in odvajanje, spanje in počitek, komunikacija, orientacija, gibanje, čustvovanje in obnašanje.

Abstract – The article brings the definition of dementia as described in the 10th Revision of the International Classification of Diseases. It lists the most frequent symptoms of dementia which are divided into different stages, indicating problems nurses encounter when working with a patient with dementia. It describes all the physical activities of a person that are affected: eating and drinking, personal hygiene, dressing and undressing, recreation and elimination, sleeping and resting, ability to communicate, sense of direction, movement, emotions and behaviour.

Demenca! Dolgo smo se spraševali, kaj je pravzaprav to. Z novimi izkušnjami in kliničnimi raziskavami na tem področju zdaj vemo, da je to bolezen zase. Tako jo tudi opredeljuje 10. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni iz leta 1992. Ta klasificira demenco kot sindrom, pogojen z možgansko boleznijo in je pogosto kronične in progresivne oblike. Znaki, ki motijo socialno integracijo in s katerimi se pogosto srečujemo, so: motnje spomina, mišljenja, razumevanja, zaznavanja, volje in dejavnosti, orientacije, komunikacije, računanja, besednega izražanja in presoje.

Za demenco je značilno propadanje tistih telesnih in duševnih sposobnosti, ki sicer zdravemu človeku omogočajo, da lahko do pozne starosti ostane samostojen v vseh dnevni aktivnostih. Bolezen prizadene tako varovanca samega kot njegovo ožjo in širšo okolico.

Da bi znale medicinske sestre uspešno pomagati varovancu kot tudi njegovim svojcem, moramo poznati poleg simptomov tudi stadije bolezni demence, kajti ti vplivajo na oceno stopnje samooskrbe bolnika, na našo obliko pomoči, terapevtskega delovanja in raznolikost problemov, s katerimi se srečujemo v procesu zdravstvene nege.

Strokovnjaki najpogosteje opredeljujejo tri stadije dementnosti, vendar je mejo med njimi težko postaviti.

Zgodnji stadij (začetna, blaga demenca)

Pri blagi demenci se srečujemo:

- z izgubo volje do dela;
- z nezanimanjem za širšo okolico;
- dementni varovanci se raje zadržujejo v domačem krogu, kjer se počutijo varne;
- pojavijo se težave s spominom, zato pozabljajo imena, založijo predmete, težje sledijo dolgim, zahtevnim pogovorom. Običajno se spomnijo doživetij iz zgodnejših obdobij, ne morejo pa se spomniti nedavnih dogodkov;
- postanejo pretirano natančni ali površni;
- pokaže se oslavljen občutek za oliko, oblačenje, osebno higieno.

V tem stadiju potrebujejo diskreten nadzor in spodbudo ter razumevajoče domače okolje.

Napredujoči stadij (srednje razvita demenca)

Ko bolezen napreduje, imajo dementni varovanci:

- težave s časovno in krajevno orientacijo;
- stopnjujejo se težave s spominom;
- sposobnost razumevanja in presoje je oslABLJENA;

- popuščajajo socialne zavore, saj radi razkrijejo zapne zadeve, radodarne osebe lahko razdajajo premoženje;
- obtožujejo okolico kraje stvari, ki jih sami založijo;
- pojavijo se preganjalne blodnje, postanejo sumničavi, jezni, agresivni, čustveno labilni, begajo...
- vsakodnevnih aktivnosti ne zmorejo več opravljati povsem samostojno.

Varovanci lahko še živijo doma, vendar potrebujejo pomoč in vodenje, spodbudo in stalen nadzor.

Stadij povsem razvite bolezni (*huda oblika demence*)

- v tem stadiju so varovanci povsem nemočni, redko-besedni, pomnijo samo še nekaj fraz; našega govora ne razumejo in ne zmorejo odgovoriti (afazija);
- so časovno in krajevno dezorientirani, saj se ne znajdejo niti doma, ne poznajo datuma in ne vedo, kje so;
- ne prepoznajo predmetov in jih ne znajo uporabiti (apraksija);
- živijo v zmotnem prepričanju, da še hodijo v šolo, službo, da živijo s starši;
- ne prepoznajo niti najbližjih sorodnikov, včasih mislijo, da so tujci;
- pešajo jim telesne funkcije, pojavi se inkontinenca blata in urina, težave pri požiranju, nespečnost, omejena gibalna sposobnost.

Varovanci v tem stadiju se gibljejo zelo malo ali nepremično stojijo in nazadnje so lahko vezani tudi na posteljo.

Potrebujejo stalen nadzor, popolno zdravstveno nego in namestitev v dom.

Vse naštete težave niso vedno prisotne pri enem bolniku, ampak so različno močno izražene pri različnih varovanci v različnih stadijih bolezni.

Zdravstvena nega dementnega varovanca obravnava njegove individualne potrebe na telesnem, duševnem in socialnem področju. Zatorej v procesu zdravstvene nege poiščemo tiste probleme, ki jih varovanec ne zmore rešiti sam in ga ovirajo pri samostojnem življenju.

Po Virginiji Henderson je vloga zdravstvene nege pomoč bolniku pri opravljanju štirinajstih osnovnih življenjskih aktivnostih, ki omogočajo neodvisnost. Najpogostejše motene aktivnosti pri dementnem varovancu so: prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje in odvajanje, spanje in počitek, komunikacija, orientacija, gibanje in čustvovanje.

Motnje prehranjevanja in pitja

- *Jedo preveč ali premalo.* Vzroki so lahko: slabo zobovje, neprimerna zobna proteza, pozabijo jesti, ina-

petenca, goltanje hrane, nevrološka, internistična in druga obolenja.

Zavedati se moramo:

- da so varovanci zelo požrešni, da pogosto pobirajo ostanke hrane in jo skrivajo po žepih, zato obstaja nevarnost zastrupitve s pokvarjeno hrano;
- zaradi prehitrega goltanja obstaja tudi nevarnost aspiracije hrane, lahko pa pojedjo tudi embalažo izdelka. Zato jih moramo nadzorovati. Priporočljivi so pogosti manjši obroki. Ob dušenju uporabimo Heimlichov prijem.
- kadar varovanci odklanjajo hrano in tekočino, je potrebno stalno spodbujanje in vodenje bilance zaužite hrane in tekočin.

Motnje osebne higiene, oblačenja in slačenja

Motnje se kažejo že zelo zgodaj.

Posebej odklanjajo kopanje in umivanje las. Zato je potrebno veliko potrpežljivosti, pogovora, vztrajnosti in dobre volje, nikoli pa ne uporabimo prisile. Upoštevamo želje varovanca in se prilagodimo njegovim navadam, dovolimo kompromis, zagotovimo intimnost. Omogočimo, da se umije sam, čeprav nekoliko površno, ne iščimo napak. Pomagajmo mu, ga vzpodbujajmo, saj negovanost zboljša počutje varovanca.

Velik problem je ustna higiena. Uporabimo isti pristop, ga ne silimo, ampak poizkusimo ponovno čez nekaj časa. Varovanec pogosto odlaga in izgublja zobno protezo, saj ne razume, čemu služi. Večkrat preverimo, ali mu še ustreza

Pogosto se kažejo težave z oblačenjem in slačenjem. Pomagajmo mu in ga spodbujajmo pri pravilni izbiri oblačil in obutve. Vodimo in učimo ga šele, kadar je njegov način oblačenja časovno in estetsko neprimeren. Zagotovimo mu intimnost, upoštevajmo njegove želje. Posebno pozorni moramo biti do varovanca, ki je motorično nemiren in se kar naprej slači.

Motnje aktivnosti izločanja in odvajanja

Pri tej aktivnosti potrebuje *nadzor in pomoč vsak dementni varovanec.*

Odvajanje postane problem:

- kadar ne prepozna prostorov;
- ni sposoben verbalnega izražanja;
- izgubi občutek za čistočo.

Potrebna je skrb:

za redno izločanje in odvajanje (hrana z veliko balastnih snovi, dovolj tekočine, gibanje in ustrezne odvajalne navade).

Potreben je *trening vzdrževanja čistoče s poseda-
njem na straniščno školjko* ob ugodnih urah (po obro-
kih).

Potrebno je *označiti sanitarije* z njemu znanimi
oznakami, ki naj bodo dovolj velike in živih barv.

Pri *inkontinenci* pa je potrebna redna menjava pred-
log in plenice, poostrena anogenitalna nega, uporaba
medicinske kozmetike.

Spanje in počitek

Motnja se kaže v obliki *nočnega nemira* in se poja-
vi zaradi:

- nefunkcioniranja notranje ure varovanca;
- motečih dejavnikov okolja.

Potrebno je poskrbeti za:

- povečano aktivnost čez dan, glede na zmožnost va-
rovanca;
- večerni obred leganja k počitku;
- v večernem času omejimo kofeinske napitke in te-
kočine na sploh;
- odstranimo moteče dejavnike (ropot, luč, TV, tem-
peraturne razlike, odstraniti oblačila);
- o stalnem in motečem nočnem nemiru obvestimo
zdravnika.

Motnje komunikacije

Motnje se kažejo v *zmanjšani verbalni sposobno-
sti*:

- ne najdejo primernih besed;
- ne znajo nadomeščati besed z drugimi in ne z opi-
som;
- uporabljajo preprost govor;
- ne končajo stavkov;
- ponavljajo besede ali besedne fraze.

Potrebna skrb:

- v medosebnem odnosu z dementnim varovancem
poskušamo vzpostaviti, ohraniti in ojačiti verbalno
in neverbalno komunikacijo;
- pomagajmo mu pri izražanju potreb in čustev, ker
težko pripoveduje o svojih težavah, zato bodimo str-
pni in počakajmo, da poišče pravo besedo ali upo-
rabi opis;
- navodila, ki jih dajemo, naj bodo jasna, kratka in
nedvoumna, govorimo počasi, uporabljamo kratke
besede, preproste stavke, izogibamo se abstraktnim
pojmom in zapletenim pripovedim;
- varovancem dajemo veliko informacij o vsem, kar
se dogaja, večkrat ponovimo;
- poudarimo neverbalno komunikacijo (pri pogovoru
ga gledamo v oči, objamemo čez ramo, pobožamo,
se nasmehnemo; vzemimo si čas. Sporočila oboga-
timo z govoricico telesa, saj so neverbalna sporočila
pogosto ključ k prvemu vtisu o določeni osebi. De-

mentni varovanec s hudimi spominskimi motnjami
pa živi vedno znova v svetu prvih vtisov;

- pri pogovoru odstranimo moteče elemente (radio,
TV, veliko ljudi...). Nikoli ne smemo pozabiti, da
kljub motnji in težavam pri razumevanju niso otro-
ci. Pozorni bodimo na njihove posamezne besede,
glasove, gibe. S tem izražajo ugodje ali nezadovolj-
stvo.

Motnje orientacije

Dementni varovanci se *težko orientirajo*, motnje se
kažejo *zelo zgodaj* zaradi:

- napredovanja same bolezni,
- pešanja spomina,
- slabe presoje.

Posledica tega je lahko beganje.

Potrebna je skrb:

- za pravilno vodenje, podpora, učenje in prilagaja-
nje okolja;
- za lažjo ali delno orientacijo mu pomagamo z re-
dnim treningom in urjenjem spomina prek vsako-
dnevni aktivnosti (pisanje datuma, kraja, kjer se
nahaja, časopis, TV...);
- za prilagoditev v bivalnem okolju mu pomagajmo z
dovolj velikimi oznakami prostorov, ki morajo biti
lahko razumljive in berljive;
- ugotoviti moramo vzrok tavanja (mogoče želi samo
na potrebo, od tavanja ga preusmerimo na sprehod,
s preprostimi zaposlitvami in pogovorom, ki je v
praksi premalo uporabljeno sredstvo).

Motnje gibanja

Motnja te aktivnosti se kaže v *že napredovani bole-
zni*:

- v majhnih, negotovih korakih,
- pri vstajanju in posedanju,
- v motnji prostorske orientacije,
- v podaljšanem reakcijskem času,
- v končnem stadiju bolezni demence nastopi izguba
občutka za lastno telo.

Potrebno je:

- poskrbeti za varnost pri gibanju (oprijemala, palica,
voziček, prisotnost osebja);
- preprečevanje padcev s prilagoditvijo okolja (ravna
tla, ki ne drsijo, brez pragov, brez stopnic, brez pre-
prog...);
- pomembno je, da so aktivni ves dan, saj se s tem
ohranja gibljivost, zmanjšuje poraba pomirjeval in
vzdržujejo se socialni stiki;
- posebna skrb za ležeče varovance (obračanje, pa-
sivno in aktivno razgibavanje v postelji, prepreče-
vanje preležanin in boljša prekrvavitev).

Z ohranitvijo gibanja se ohranja:

- socialna komunikacija,
- varovancu omogoča več svobode,
- večja se samostojnost varovanca,
- izboljševanje kakovosti življenja,
- utrjuje se samozavest,
- izboljšuje se orientacija,
- zmanjšanje preležanin,
- zboljšanje prebave,
- mirnejši spanec,
- zdravstvena nega je potrebna kasneje in tudi zadovoljstvo varovanca je večje.

Motnje čustvovanja in vedenja

Aktivnost čustvovanja je motena *zelo zgodaj* in se *stopnjuje s slabšanjem* bolezn demence.

Motnje se kažejo, kadar varovanec težko kontrolira *izbruhe jeze, strahu, agresije in depresivnosti*.

Depresivnemu prisluhujemo, z njim je treba čustvovati, ga usmerjati na dobre plati življenja.

Z jeznim ali agresivnim varovancem moramo biti potrpežljivi, se ne prepiramo, marsikaj preslišimo in poiščemo vzrok jeze ali agresije.

Prestrašenega pomirimo, pokažemo mu, da ga imamo radi, tako se bo počutil varnega.

Zmedenost in begavost sta posledici neprepoznavanja domačega okolja in občutka, da ni varen. Zaradi njegove varnosti moramo nujno zaklepati vrata in ga zaposliti s kako aktivnostjo, ki jo rad opravlja.

Sklep

Demenca je postala pereč družbeni problem, ki zahteva sodelovanje vseh družbenih struktur in nova zna-

nja medicinskih sester o zdravstveni negi dementnega varovanca. Zato vedenje in znanje, kaj lahko bolezen prinese, kako se ta odraža v vsakodnevnem življenju, kako lahko omilimo njene posledice in kako podpremo bolnika in svojce omogoča medicinskim sestram, da s primernim odnosom in ustrezno mero pomoči omilijo in zmanjšajo breme bolezni.

Kakovost življenja dementnega varovanca pa je v veliki meri odvisna tudi od uresničitve ciljev zdravstvene nege. Vse potrebe dementnega bolnika moramo enakovredno upoštevati v procesu zdravstvene nege: vzpodbujamo aktivnosti, vzpostavimo največjo možno mero samostojnosti varovanca, učimo ga shajati s psihičnimi, fizičnimi in socialnimi posledicami bolezni demence in skupaj z njim poiščemo alternativne možnosti. Pomembna je tudi edukacija in vključevanje družine v proces zdravstvene nege.

Literatura

1. Darovec in sod. Dementni bolnik in njegova okolica: 1. učna delavnica. Gerontološko društvo Slovenije, 1994: 9–42.
2. Fučkar G. Proces zdravstvene nege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišča u Zagrebu, 1992: 20.
3. Hojnik-Zupanc I. Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1997: 135–48.
4. Janko M. Alzheimerjeva bolezen. Zdravje 1998; feb, 19: 39–40.
5. Kobentar R. Starostnik z duševno motnjo v zdravstveni negi. Povzeto po predavanju sekcije medicinskih sester, 1998.
6. Kogoj A, Mikluš B, Dragan J. Varovanec z demenco v družini. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika, 1996: 1–49.
7. Managing activities of daily living, 1997. Str. 1 do 6. [Http://www.alzheimers.com/site/L3TABLES/L3T11050.HTM](http://www.alzheimers.com/site/L3TABLES/L3T11050.HTM)
8. Muačević V in sod. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 1995: 528–9.
9. Pendlebury WW, Salomon RP. Alzheimer Disease. Clinical symposia; Vol. 48; No. 3, 1996.
10. Understanding Alzheimer Disease and Related Dementias, 1997. Stran 1 do 1, 1 do 6. <http://www.internetltc.com/lesson.html>